**ADATLAP**

Tartósan beteg gyermeket, vagy árván, félárván maradt gyermeket nevelő

postás családok karácsonyi támogatására

**Beérkezési határidő: 2023. november 28.**

1. **Pályázó adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| Pályázó neve: |  |
| Özvegy esetén az elhunyt postás munkavállaló neve és utolsó munkahelye: |  |
| Életvitelszerű lakcíme:  (irányítószám, település) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |
| Közterület neve (út, utca, tér stb.) hsz. |  |
| Telefonszáma: |  |
| Email címe: |  |
| Bankszámla száma:  (ahová a támogatás utalható): |  |

1. **Jövedelem adatok:**

|  |  |
| --- | --- |
| **A pályázó munkatárs / özvegy egy havi nettó átlagkeresete** (az utolsó 6 hónapot figyelembe véve): | Ft |
| A munkatárs **házastársának/élettársának** **egy havi nettó** átlagkeresete  (az utolsó 6 hónapot figyelembe véve) | Ft |
| Családi pótlék összege: | Ft |
| Gyermektartás összege: | Ft |
| Árvaellátás összege: | Ft |
| Özvegyi nyugdíj összege: | Ft |
| Egyéb jövedelem, ellátás (pl.: GYES, GYED, rokkantsági ellátás, öregségi nyugdíj …)  (ide értve a közös háztartásban élő szülő, gyermek… jövedelmét is) | Ft |
| **Egy havi nettó átlag jövedelem összesen:** | Ft |
| A közös háztartásban élők száma: | fő |
| **Egy főre jutó, egy havi nettó átlagkereset:**  (Az egy havi nettó jövedelem osztva a közös háztartásban élők számával, maximum 140.000 Ft/hó/fő) | Ft |

1. **A jogosultság jogcíme és annak igazolása** (kérjük jelölje)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Árva, félárva vagy tartósan beteg gyermeket nevel:**  (csatolni szükséges: IGAZOLÁS tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos gyermekről és a Magyar Államkincstár igazolását az emelt családi pótlékról, iskolalátogatási igazolás, vagy érvényes diákigazolvány másolata.  Özvegy pályázó esetén a halotti anyakönyvi kivonat másolatát)  **Kérjük a megfelelő választ szíveskedjen jelölni** |  | tartósan beteg gyermeket nevel |
|  | árva, félárva gyermeket nevel |
| Az egy háztartásban élő egy főre eső nettó átlagjövedelme eléri a 140.000 Ft-ot | igen nem | |

1. **A pályázóval egy háztartásban élő eltartott gyermekek adatai:**

Kérjük a négyzetekben a megfelelő adatot X-szel jelölje, vagy szíveskedjen kitölteni (pl. életkor)!

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gyermek neve** | életkora | tanul | árva / félárva | tartósan beteg | betegség megnevezése  (tartósan beteg gyermek esetén) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Büntetőjogi felelősségünk tudatában – aláírásunkkal megerősítve – nyilatkozunk arról, hogy a fentiekben megadott valamennyi adat a valóságnak megfelel.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pályázó aláírása házastárs/élettárs aláírása

**Mellékletek száma** (orvosi igazolás, egyéb igazolások, stb.): \_\_\_\_\_\_\_ **db**

1. **Postai munkaviszony:**

|  |
| --- |
| A pályázó munkatárs neve: |
| Szervezeti egység megnevezése: |
| A pályázó munkavállaló 6 hónap folyamatos postai munkaviszonnyal rendelkezik: igen nem |
| Közvetlen felettes vezető neve, aláírása:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Közvetlen felettes vezető telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Alulírott pályázó kijelentem, hogy a Pályázati kiírásban foglalt feltételeket ismerem, azoknak minden tekintetben megfelelek. **Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem továbbá, hogy az általam a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek, ezt aláírásommal igazolom.**

**Adatkezelési nyilatkozat:**

Jelen nyilatkozat aláírásával *kijelentem, hogy a Postakürt Alapítvány adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatójában foglaltak ismeretében (teljes szövege: www.pkalapitvany.hu)*  hozzájárulok [Általános Adatvédelmi Rendelet 6. cikk (1) bekezdésének a) pontja és a 9. cikk (2) bekezdés a) pontja alapján] ahhoz, hogy a Postakürt Művelődési és Szociális Közhasznú Alapítvány, mint adatkezelő**, *szociális tevékenységéhez kapcsolódóan a jelen pályázat útján nyújtott támogatása*** során az általam önként megadott személyes adataimat:

* név, lakcím,
* telefonszám,
* munkaviszonnyal kapcsolatos adatok, jövedelem adatok,
* családi helyzettel kapcsolatos adatok,
* illetve az általam megadott egyéb adatokat és dokumentumokat kezelje.

Vállalom, hogy adataim megváltozását nyolc naptári napon belül bejelentem az adatkezelőnek. Hozzájárulásomat bármikor korlátozás nélkül jogosult vagyok visszavonni azonosító adataim (név, születési hely, idő) megadásával. Ez azonban nem érinti a visszavonás előtt folytatott adat-kezelés jogszerűségét.

Kelt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pályázó saját kezű aláírása

**Beküldendő:**

**Postakürt Alapítvány** 1068 Budapest, Benczúr u. 27.

A pályázattal kapcsolatban további információ kérhető a Postakürt Alapítvány munkatársától munkanapokon 9-16 között az alábbi elérhetőségeken:

**Nagy Ágnes**

Tel. 0630 771 9446

Email: nagy.agnes@pkalapitvany.hu